

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**“Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el  
Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013”**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

**AUTOR**

**Rocio del Pilar Aguilar Ticlavilca**

**ASESORES**

**MG. Lupe Antonieta Vargas Zafra**

**MG. Lauro Marcoantonio Rivera Félix**

**Lima – Perú**

**2014**

## **AGRADECIMIENTO:**

A dos personas que ya no se encuentran en este mundo; sin embargo, sus recuerdos permanecerán en mí para ser mi fortaleza en medio de las adversidades, mi querido abuelito Florián Ticlavilca Chávez y mi Sr. padre Octavio Aguilar Ancoco.

A mi adorada y abnegada madre Rayda, Ticlavilca Barreto y a mis hermanos por haberme brindado incondicionalmente su apoyo y confianza a lo largo de mi carrera.

Al Mg. Marco Antonio Rivera Félix y a la Mg. Lupe Vargas Zafra, por su orientación y paciencia a lo largo de mi proyecto, gracias a ellos pude finalizar con éxito esta investigación. Además a cada uno de los catedráticos por infundir en mí sus enseñanzas y fortalecer mis conocimientos en todos estos cinco años.

A todos los miembros del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho: médicos, obstetras, administrativos y auxiliares administrativos, por su contribución en la elaboración de este trabajo, y especialmente a la Obst. Adriana Chamorro, Obst. Tania Granados y a la Obst. Ruth Otárola que colaboraron muy eficazmente, por interés científico y sobre todo por amistad en la recogida de datos de esta tesis.

## **DEDICATORIA**

A Dios por guiar mis pasos; a mi familia, que siempre me apoyo y brindó su cariño, y a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta esperada tesis.

**“Los triunfadores tienen mucha suerte. Si no lo crees, pregúntale a un fracasado”**

**Michael Levine**

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| RESÚMEN.....  | 1  |
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....                           | 5  |
| 1.1 OBJETIVOS.....                                      | 12 |
| 1.2 FINALIDAD.....                                      | 13 |
| 1.3 REFERENCIA LITERARIA.....                           | 14 |
| CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....                           | 17 |
| 2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....                          | 17 |
| 2.2 POBLACIÓN.....                                      | 17 |
| 2.3 MUESTRA.....  | 17 |
| 2.4 VARIABLES.....                                      | 18 |
| 2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....                        | 20 |
| 2.5.1 MÉTODO Y TÉCNICA.....                             | 20 |
| 2.5.2 INSTRUMENTOS.....                                 | 20 |
| 2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS..... | 20 |
| 2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....                         | 21 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS.....                           | 23 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIONES.....                           | 34 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....                           | 39 |
| CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....                       | 41 |
| CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....           | 42 |
| CAPITULO VIII: ANEXOS.....                              | 51 |

## ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

|                              |    |
|------------------------------|----|
| CUADRO N <sup>o</sup> 1..... | 23 |
| TABLA N <sup>o</sup> 1.....  | 24 |
| TABLA N <sup>o</sup> 2.....  | 24 |
| TABLA N <sup>o</sup> 3.....  | 25 |
| TABLA N <sup>o</sup> 4.....  | 26 |
| TABLA N <sup>o</sup> 5.....  | 26 |
| TABLA N <sup>o</sup> 6.....  | 27 |
| TABLA N <sup>o</sup> 7.....  | 27 |
| TABLA N <sup>o</sup> 8.....  | 28 |
| TABLA N <sup>o</sup> 9.....  | 28 |
| TABLA N <sup>o</sup> 10..... | 29 |
| TABLA N <sup>o</sup> 11..... | 30 |
| TABLA N <sup>o</sup> 12..... | 30 |
| TABLA N <sup>o</sup> 13..... | 31 |
| TABLA N <sup>o</sup> 14..... | 31 |
| TABLA N <sup>o</sup> 15..... | 32 |
| TABLA N <sup>o</sup> 16..... | 32 |
| TABLA N <sup>o</sup> 17..... | 33 |
| TABLA N <sup>o</sup> 18..... | 33 |

## RESÚMEN

**Introducción:** La sífilis es la infección de transmisión sexual que más consecuencias negativas tiene para la salud pública por su alta capacidad de transmisión vertical durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de morbilidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencia de infección treponémica. Si bien se conoce los factores de riesgo relacionados con la sífilis en gestantes a nivel mundial, existen pocos estudios a nivel nacional, regional y local. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo (factores sociodemográficos y factores obstétricos - conductuales), además de la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. **Diseño:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. **Lugar:** Realizado en el HSJL, Lima, Perú en el año 2013. **Participantes:** Historias clínicas y fichas PRETEST de todas las gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis atendidas en el HSJL en el año 2013. **Intervención:** Se realizó revisiones de las historias clínicas y de las fichas PRETEST, utilizado en el servicio de PROCETSS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida) de las 62 gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis y los datos obtenidos fueron registrados en el instrumento elaborado para este fin. Posteriormente estos datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 21. **Resultados:** La prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 fue de 0,77% por cada 100 gestantes atendidas en el HSJL. En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de pacientes con sífilis tenía entre 20

a 35 años de edad equivalente a 64.5%, un 35.5% de ellas proceden del asentamiento humano Huáscar, un 74.1% son convivientes, un 48.4% del total culminaron la secundaria y el 93.5% son amas de casa. Para los factores obstétricos – conductuales: El 87.1% de ellas acudió al HSJL en el III trimestre de gestación, un 61.5% tuvo entre 1 a 5 controles prenatales, el 67.7% de los casos el diagnóstico de sífilis fue en el puerperio inmediato; un 69.4% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales (incluida la actual), un 30.6% tuvo antecedente de ITS, un 74.2% nunca uso preservativos y el 32.3% de ellas consumió algún alucinógeno (alcohol, droga, tabaco y otros) antes o durante la gestación. **Conclusiones:** La Prevalencia de sífilis en gestantes para el año 2013 en el HSJL se encuentra dentro de la cifra fijada como meta por la OPS. En cuanto a los factores sociodemográficos la mayoría de las pacientes con sífilis se encuentran entre 20 a 35 años de edad (debido a que la mayoría de embarazos ocurren en este intervalo); un 35.5% proceden del AA.HH Huáscar (localidad del distrito de SJL, considerado zona roja para ITS), la mayoría son convivientes y amas de casa, por lo que su condición económica es baja y dependiente de la pareja; además cerca de la mitad no culminó la secundaria, condición que limita más aun el acceso a la educación sexual. Además según los factores obstétricos – conductuales se evidencia que la mayoría acudió a su primer control prenatal (CPN) en el III trimestre, incluso en el trabajo de parto y más de la mitad de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados en el puerperio, sucesos que interfieren en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la sífilis. Se encontró además que la mayoría de las parejas de las gestantes no usa preservativos en sus relaciones sexuales y que la tercera parte tiene otras

conductas de riesgo como el consumo de alucinógenos y antecedente de otra ITS; lo que incrementa el riesgo de la gestante para infectarse de sífilis.

**Palabras clave:** sífilis gestacional, sífilis congénita, factores de riesgo, prevalencia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Syphilis is a sexually transmitted infection that has negative consequences for public health because of its high capacity vertical transmission during any time of pregnancy , which can lead to high rates of infant and child morbidity and mortality in areas where levels persist high prevalence of treponemal infection. Although the risk factors associated with syphilis in pregnant women is known worldwide, few studies at national, regional and local levels. **Objectives:** To determine the risk factors (sociodemographic factors and obstetric factors - behavioral), along with the prevalence of syphilis in pregnant women at the Hospital of San Juan de Lurigancho in 2013. **Design:** Quantitative, descriptive, retrospective study. **Location:** Made in HSJL, Lima, Peru in 2013. **Participants:** Medical records and note PRETEST of all pregnant women with confirmed syphilis treated at the HSJL diagnosis in 2013. **Intervention:** reviews of medical records and PRETEST chips, used in the service PROCETSS ( Control Program STD AIDS ) of the 62 pregnant women with confirmed syphilis diagnosis and the data obtained was performed were recorded in the instrument developed for this purpose . Subsequently the data were analyzed using SPSS version 21. **Results:** The prevalence of syphilis in pregnant women in 2013 was 0.77 per 100 pregnant women at the HSJL Regarding sociodemographic factors most patients with syphilis were between 20-35 years old equivalent to 64.5 %,



35.5% of them come from the slums Huascar , 74.1 % were cohabiting , 48.4 % of all secondary culminated and 93.5 % are housewives . For obstetric factors - behavioral: A 32.3 % had a total of 3 pregnancies, 87.1% of them went to HSJL in the III trimester of pregnancy, 61.5 % had between 1-5 prenatal visits, 67.7 % of cases the diagnosis of syphilis was in the immediate postpartum period, 69.4 % had between 2-3 sexual partners (including the current), 30.6 % had a history of STDs, all patients 74.2 % never use condoms and 32.3 % of them consumed a hallucinogen (alcohol, drugs, snuff, etc.) before or during pregnancy. **Conclusions:** The prevalence of syphilis in pregnant women for the year 2013 on HSJL is within the figures target PAHO. Regarding sociodemographic factors most patients with syphilis are among 20-35 year olds (because most pregnancies occur in this interval), a 35.5 % coming from the AA.HH Huascar (town district SJL, considered red zone STI), most are cohabiting and housewives, so their economic status is low and dependent on the couple, plus about half did not complete high school, a condition that limits access to education sexual. Also according to obstetric factors - behavioral evidenced most attended their first prenatal care (NPC) in the third quarter, including labor and more than half of the cases of gestational syphilis were diagnosed in the postpartum events that interfere with early diagnosis and treatment of syphilis. It was also found that most pregnant couples do not use condoms during sex and that the third party has other risk behaviors such as consumption of hallucinogens and STIs as background, which increases the risk of getting pregnant for this infection.

**Keywords:** gestational syphilis, congenital syphilis, risk factors, prevalence.

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como: sífilis, gonorrea, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes genital, entre otros se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión, siendo los niños y mujeres los principales afectados por sus complicaciones <sup>(1)</sup>.

Dentro de este grupo de infecciones de transmisión sexual la que tiene más consecuencias negativas para la salud pública es la sífilis por su alta capacidad de transmisión vertical, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de morbilidad perinatal e infantil en aquellos lugares donde persisten niveles altos de prevalencias de infección treponémica <sup>(1)</sup>.

Una gestante con sífilis o una mujer con sífilis gestacional (SG) puede transmitir la infección al feto tan tempranamente como en la semana 9 de gestación, pero la transmisión tiene lugar generalmente luego de la semana 16. Esta patología puede diagnosticarse durante la gestación, puerperio inmediato o postaborto, pudiéndose encontrar en cualquiera de sus fases <sup>(1)</sup>.

Se estima que más de 2 millones de mujeres gestantes en América Latina y el Caribe están infectadas con la bacteria del *Treponema pallidum*. Este organismo causante de la sífilis se transmite principalmente durante la actividad sexual y a través de lesiones mucocutáneas; 50% de estos embarazos terminarán en complicaciones materno fetales. Por ende, la sífilis

sigue siendo un problema importante de salud pública en el mundo y sus consecuencias asociadas a la gestación son muy serias, tales como abortos, natimueitos, bajo peso al nacer, parto pre-término, ceguera, sordera, entre otros <sup>(2)</sup>.

La sífilis en América Latina y el Caribe (ALC), afecta a personas sexualmente activas y presenta prevalencias elevadas en grupos vulnerables. Así, en Centroamérica, en el año 2003, la prevalencia de sífilis en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) osciló entre un 5%, en Honduras, y un 13,3% en Guatemala; y en trabajadoras comerciales del sexo (TCS) osciló entre 6,8 % en Honduras y 15,3%, en El Salvador <sup>(3)</sup>.

Se calcula que en América Latina y el Caribe 330.000 mujeres embarazadas que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal. Aunque el estadio de la enfermedad es un factor determinante, se estima que de estos embarazos nacen 110.000 niños con sífilis congénita y un número similar resulta en aborto espontáneo <sup>(4)</sup>.

En el Perú, actualmente la prevalencia de sífilis durante el embarazo es en promedio del 1.4% y la tasa de recién nacidos con sífilis congénita es de: 3,6 casos por 1000 nacidos vivos (cifras que sobrepasan lo planteado por la OPS). Esto debido a una falta de diagnóstico de esta enfermedad y por consecuencia la falta de tratamiento <sup>(5)</sup>.

Si bien es cierto desde el año 2000 el Ministerio de Salud del Perú ha implementado estrategias de diagnóstico y manejo de la sífilis en la gestante, con base en la evidencia que muestra que el tratamiento

apropiado de la gestante previene las complicaciones; el programa no ha dado los resultados esperados dada la dificultad para identificar de manera adecuada a las mujeres infectadas para ofrecerles un tratamiento oportuno. Las nuevas pruebas diagnósticas rápidas de la sífilis ofrecen la posibilidad de tratar a las mujeres con mayor eficacia que las pruebas convencionales. Esta circunstancia debería incrementar de forma significativa el número de mujeres tratadas <sup>(6)</sup>.

Internacionalmente, la ambiciosa agenda basada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) presenta una gran oportunidad para promover la eliminación de la sífilis congénita vinculada a cuatro de estos objetivos: promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer (ODM-3), reducir la mortalidad infantil (ODM-4), mejorar la salud materna (ODM-5), y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM-6) <sup>(7)</sup>.

La infección por sífilis ha sido reubicada en los últimos años entre los problemas de salud pública prioritarios en los países de América Latina y el Caribe (ALC). Actualmente, con los datos existentes, se sospecha la existencia de un apreciable subregistro y una subnotificación de casos de sífilis gestacional y sífilis congénita en los países, en un porcentaje que se supone elevado pero se desconoce su real dimensión. Ello hace que la magnitud del problema de salud pública que constituyen la sífilis gestacional y la sífilis congénita no se perciba con la trascendencia debida, lo cual repercute negativamente en la planificación de acciones al interior de los países, dificulta el monitoreo y evaluación de programas e impide contar con un soporte adecuado para las acciones tendientes a la sensibilización de la

población, la capacitación específica del personal de salud y la movilización de recursos destinados a iniciativas vinculadas a esta temática <sup>(8)</sup>.

A pesar de existir medidas profilácticas eficaces, como el uso del preservativo y opciones terapéuticas eficaces, la sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial con 12 millones de personas infectadas cada año <sup>(8)</sup>. Lo que se evidencia en los diferentes estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional. Por ejemplo:

El estudio sobre **“La expansión del VIH y la Sífilis en la Amazonía peruana: un estudio de cuatro comunidades de un grupo étnico indígena amazónica”** realizado por CE Bartlett y Cols. Publicado por el Instituto de Salud Global, en el año 2008, concluyó que el VIH y la sífilis son ahora prevalentes en las comunidades remotas de la Amazonía de un grupo indígena en el Perú. La expansión de la epidemia del VIH en la Amazonía requiere una respuesta urgente de salud pública <sup>(9)</sup>.

El estudio sobre **“Prevalencia de la enfermedad de Sífilis en mujeres embarazadas en el hospital de Quillacollo en el segundo semestre de la gestión 2001”** realizado por Cecilia Gutiérrez en la Universidad del Valle el año 2001 es una revisión bibliográfica donde se determina, desarrolla y analiza la prevalencia de la sífilis en mujeres embarazadas entre 15 y 20 años de edad que concluye que el control prenatal constituye una excelente oportunidad para evaluar el estado de la madre gestante y poder detectar además los factores de riesgo más frecuentes en la población de Quillacollo para las infecciones con sífilis son: la multiparidad (varios embarazos), las

edades tempranas para la reproducción, y los antecedentes de una inadecuada educación sexual familiar <sup>(10)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?”** realizado por Rodolfo L Casas y Cols. el año 2009; concluyó entre otras cosas, que existe dificultad para identificar precozmente a las mujeres infectadas y ofrecerles un tratamiento oportuno lo cual ha aumentado la incidencia de la infección, sin lograr erradicar la sífilis congénita, a pesar de que la Penicilina sigue siendo el medicamento de elección. Deben fortalecerse las estrategias de un adecuado control prenatal que permitan alcanzar este objetivo <sup>(11)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Factores de riesgo asociados a sífilis congénita en tres instituciones de salud de Sincelejo (Colombia)”** realizado por Luz Marina García G. En el estudio se concluye que la inasistencia o la asistencia irregular a las consultas prenatales y la poca adherencia a las medidas de protección sexual por parte de la pareja, fueron aspectos que interfirieron con un tratamiento eficaz de las gestantes. Los contactos de las madres infectadas y tratadas no están siendo diagnosticados en un alto porcentaje, lo que refleja una falla en el seguimiento a los contactos de las gestantes para evitar la reinfección <sup>(12)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato”** realizado por Adriana, Morales Sánchez, cuyo resultado relevante en este estudio radicó en el desconocimiento por parte de las mujeres

gestantes sobre la sexualidad, el bajo nivel educativo y baja autoestima, así como otros factores de índole cultural, social y personal que las hace más vulnerables ante esta problemática de salud pública <sup>(13)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público a nivel nacional, Paraguay 2000 – 2004”** realizado por Malvina Páez y María Isabel R. Riveros donde se concluye que los casos de sífilis materna y congénita fueron registrados en todas las regiones sanitarias del país, con mayor frecuencia en áreas de frontera. La sífilis materna se mantuvo alta pero estable, mientras que la sífilis congénita fue en franco aumento. Los servicios presentaron una baja cobertura de toma de muestras para VDRL en embarazadas. Nuestros resultados sugieren que es importante la implementación de estrategias que coadyuven a modificar esta situación en nuestro país <sup>(14)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Seroprevalencia de sífilis materna y neonatal, analizar la utilidad de una prueba diagnóstica treponémica rápida”** realizado por María Hernández – Trejo, donde se concluyó además que la frecuencia observada de sífilis materna es relativamente baja, los resultados encontrados en este estudio sugieren que la prevalencia de sífilis es mayor a la informada de manera global por la Dirección General de Epidemiología. El escrutinio sistemático de sífilis con pruebas rápidas en embarazadas, coadyuvaría a la prevención de la sífilis congénita <sup>(15)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas”** realizado por Daniel e. Noyola, Daniel e Noyola, mc; Octavio

Malacara-Alfaro, Mc; Victoria Lima - Rogel, Mc; Abraham Torres-Montes, Mc donde se concluye que el número de recién nacidos expuestos a sífilis durante el embarazo, en la ciudad de San Luis Potosí, está subestimado. Los resultados de este estudio sustentan la necesidad de identificar, al momento del parto, a madres infectadas con sífilis <sup>(16)</sup>.

El estudio de revisión bibliográfica **“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. 2008”** realizado por Rodríguez - Riveros M., Insaurreal de Alviso, Páez M. Mendoza L, Castro A., Giménez G. En donde se ha demostrado que en la medida que los conocimientos son buenos; las actitudes son favorables y las prácticas son de prevención. Esto indica la necesidad de educación a las adolescentes sobre la enfermedad, sus signos y síntomas, a quién y cómo afecta, como así también la información de que la sífilis tratada a tiempo, tiene cura <sup>(17)</sup>.

Estudio de revisión bibliográfica **“Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010”** realizado por Claudia Lucena Galeano – Cardona, MD; William Darío García – Gutiérrez, MD; Lina María Congote – Arang, MD; María Adelaida Vélez – García, MD; Diana Milena Martínez – Buitrago, MD, Se concluyó que la prevalencia de sífilis gestacional es mayor a la esperada por la Organización Panamericana de la Salud <sup>(18)</sup>.

Estudio de revisión bibliográfica **“sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual”** realizado por Dres. María Hortal, Inés Iraola, Caroline Agorio, Bremen De Mucio, Ricardo Fescina. Se estima que en el



caso de las reinfecciones la falla se produjo en la falta o insuficiente búsqueda y tratamiento de contactos, así como en no haber dado información apropiada para prevenir la reinfección <sup>(19)</sup>.

Por todo lo mencionado anteriormente, la sífilis constituye un problema de Salud Pública; por lo que, surge la necesidad de indagar sobre los factores de riesgo tanto sociodemográficos como obstétricos - conductuales de la gestante y se requiere evaluarla de manera exhaustiva tanto a nivel local, regional y nacional; ya que, a la fecha no existen estudios suficientes en los niveles mencionados. Por ello, el propósito de este trabajo es servir de aporte a la descripción sociodemográfica, obstétrica – conductual de la sífilis en gestantes para el año 2013, buscando a largo plazo la mejor orientación en las estrategias sanitarias con el fin de erradicar o en su defecto disminuir la incidencia de esta enfermedad que sigue causando estragos entre la población materna e infantil, especialmente en las comunidades más vulnerables como es el distrito de San Juan de Lurigancho.

## **1. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores de riesgo de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013.

- Determinar los factores sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013.
- Determinar los factores obstétricos - conductuales de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013.

## **2. FINALIDAD**

Según las estadísticas registradas por el Hospital San Juan de Lurigancho en los últimos 5 años, se evidencia un aumento alarmante en la prevalencia de la sífilis gestacional, siendo 0.07 en el 2008, 0.1 en el 2009, 0.2 en el 2010, 0.3 en el 2011 y 0.6 en el 2012 por cada 100 gestantes evaluadas en dicho nosocomio.

Estos sucesos motivaron la realización del presente estudio cuya finalidad es identificar cuáles son los factores de riesgo (sociodemográficos y obstétricos – conductuales) que se relacionan con la infección de sífilis en gestantes propias de esta comunidad; ya que, cada población tiene sus propias características tanto demográficas, sociales, políticas, culturales, conductuales, personales, etc.

La identificación de estos factores de riesgo en esta población en particular permitirá tener un panorama más preciso de las características de la población en riesgo de exposición, gracias a lo cual el personal de salud a cargo de los programas de prevención de las infecciones de transmisión sexual asumirá esta problemática de manera efectiva dando prioridad de atención a la población con mayor riesgo de desarrollar sífilis, de esta

manera se logrará prevenir posteriores cuadros de infección de sífilis sobre todo en gestantes y se iniciará tratamiento oportuno a las diagnosticadas con este cuadro disminuyendo la morbilidad perinatal por sífilis congénita además de abortos espontáneos, partos prematuros, entre otros.

### **3. REFERENCIA LITERARIA**

La sífilis es una enfermedad sistémica de transmisión sexual causada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum* o Schaudinn. La sífilis o lúes es una enfermedad infecciosa de evolución crónica y distribución universal, de transmisión sexual, sanguínea y transplacentaria. La infección por sífilis puede clasificarse como congénita (transmitida de madre a hijo in útero) o adquirida (transmitida por vía sexual o transfusiones). Sus manifestaciones son muy variadas, tiene posibilidad de latencia durante años y produce afectación orgánica grave, teniendo un tratamiento eficaz y específico. La sífilis tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos <sup>(9)</sup>.

La sífilis primaria se presenta de 2 a 6 semanas después de haberse producido el contagio y se caracteriza por una úlcera genital única o múltiple, acompañada de ganglio inguinal, la que desaparecerá de 1 a 5 semanas así no reciba tratamiento <sup>(10)</sup>.

La sífilis secundaria es conocida como el gran simulador clínico, ya que tiene diferentes formas de presentación y puede imitar cualquier enfermedad, mayormente se presenta como exantema roseólico que afecta sobre todo manos y tronco, aparece luego de 1 a 3 meses después de la manifestación

primaria y desaparece sin tratamiento después de las dos semanas. Cuando la sífilis secundaria no es tratada, va seguido de un período latente temprano, durante el cual no se observan signos, ni síntomas. Luego de un año ingresa al período tardío pasando a ser en un 70% latente de por vida y en un 30% a la sífilis terciaria. La sífilis terciaria se caracteriza por la afección multisistémica con afección neurológica y vascular, con presencia de gomas sifilíticas <sup>(10)</sup>.

El diagnóstico de laboratorio se basa en el uso inicial de una prueba de detección no treponémica. Estas pruebas detectan anticuerpos contra antígenos reagínicos presentes tanto en *T. pallidum* como en algunos tejidos humanos, por lo que no son específicas de esta espiroqueta. Ejemplos de estas pruebas son la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y la prueba rápida de reagina plasmática (RPR). Si se obtiene un resultado positivo en una prueba de detección, se utilizará el suero en una prueba treponémica confirmatoria con un antígeno específico de *T. pallidum* como, por ejemplo, la prueba de hemaglutinación de *T. pallidum* (TPHA) y la de aglutinación de partículas de *T. pallidum* (TPPA). En la actualidad existen varias pruebas rápidas, con sensibilidades del 85–98% y especificidades de 92–98% frente a las pruebas treponémicas convencionales <sup>(10)</sup>.

La asequibilidad, comodidad y viabilidad de las pruebas treponémicas rápidas las convierten en interesantes herramientas, no sólo como análisis confirmatorios, sino también como pruebas de detección inmediata en el ámbito de la atención primaria o en áreas donde no se dispone de servicios

de laboratorio. Sin embargo, dado que los anticuerpos treponémicos persisten durante años, independientemente de si los pacientes reciben tratamiento o no, estas pruebas treponémicas rápidas no sirven para comprobar la eficacia del tratamiento o distinguir una infección activa de una antigua infección ya tratada <sup>(11)</sup>.

La prevención de la sífilis tiene medidas que son aplicables también a las otras ITS. Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, la detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, la investigación de los contactos sexuales de los pacientes, la inmunización frente a las ITS para las que se dispone de vacuna y la vigilancia epidemiológica <sup>(11)</sup>.

Los factores de riesgo que se presentan son: las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección), el inicio de la actividad sexual a una edad temprana, la actividad comercial sexual y el VIH-SIDA, el consumo de drogas ilícitas y el alcohol. El tratamiento para la sífilis durante el embarazo se administra con el objetivo de erradicar la infección materna y prevenir la sífilis congénita. La penicilina constituye el tratamiento ideal, en análisis retrospectivos, se ha demostrado que la Penicilina G Benzatínica cura la infección materna temprana y previene la sífilis neonatal en 98% de los casos. El tratamiento consiste en 2.4 millones de UI de Penicilina Benzatínica por vía intramuscular semanal por 3 semanas <sup>(12)</sup>.

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

### **2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.

### **2.2 DISEÑO**

**Cuantitativa:** La metodología tiene un enfoque cuantitativo porque permite examinar los datos de manera numérica, generalmente con herramientas del campo de la estadística.

**Descriptivo:** Porque “miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar”. Esta investigación permite identificar los factores de riesgos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013.

**Retrospectivo:** Porque se recogió los datos de las historias clínicas y fichas PRETEST de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013 (periodo anterior a la realización del estudio).

### **2.3 POBLACIÓN**

La población de estudio correspondió a todas las gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013, cuya cantidad promedio fue de 8 000 gestantes, según fuentes estadísticas registradas por el Hospital de San Juan de Lurigancho para ese periodo.

### **2.4 MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por el total de gestantes con diagnóstico confirmado de sífilis atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2013, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo fue de tipo intencional y se obtuvo como muestra 62 pacientes

diagnosticadas con sífilis, según los datos obtenidos del Libro de Registro de Atención y Seguimiento a la Gestante con Sífilis del año mencionado.

## **2.5 VARIABLES**

Las variables identificadas fueron:

### **SÍFILIS EN GESTANTES:**

Diagnóstico de sífilis durante el periodo gestacional mediante cualquier prueba no treponémica (RPR, VDRL) y posteriormente confirmada por la prueba treponémica (FTA - abs, TPHA).

### **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:**

- **ESTADO CIVIL:** Es la situación personal en que se encuentra o no, una persona física en relación a otra (soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda).
- **NIVEL DE ESTUDIOS:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso (primaria, secundaria, superior técnica o superior universitaria).
- **OCUPACIÓN:** Acción o función que se desempeña para ganar el sustento (ama de casa, empleada de hogar, trabajo independiente u otras actividades).
- **EDAD MATERNA:** Edad cronológica de la gestante.
- **PROCEDENCIA:** Zona de residencia actual de la gestante.

### **FACTORES OBSTÉTRICOS - CONDUCTUALES**

- **GESTAS O NÚMERO DE EMBARAZOS:** Número de gestaciones totales (incluida la actual).

- **ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL:** Si asistió o no al control prenatal al menos una vez durante todo el embarazo.
- **PERIODO GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL:** Periodo gestacional en el que se encuentra la gestante en el primer control prenatal (I, II, III trimestre).
- **NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES RECIBIDAS:** Total de controles prenatales que tiene la gestante durante todo el embarazo. Considerando que según norma técnica de Salud Sexual y reproductiva del Ministerio de Salud, una gestante controlada es aquella con seis a más controles prenatales.
- **EDAD GESTACIONAL EN QUE SE DIAGNOSTICA LA SÍFILIS:** Edad gestacional en semanas en que se logra diagnosticar el cuadro de sífilis.
- **ETAPA EN QUE SE DIAGNOSTICA LA SÍFILIS:** Etapa en donde se establece el diagnóstico de sífilis (durante el embarazo, el puerperio inmediato o el postaborto).
- **EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:** Edad cronológica que tuvo la paciente en su primera relación sexual.
- **ANDRÍA:** Número de parejas sexuales incluyendo la actual.
- **ANTECEDENTES DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN LA MADRE:** Si la paciente tiene o tuvo otra infección de transmisión sexual como diagnóstico.
- **MOTIVO DE TAMIZAJE DE SÍFILIS:** Razón por la que se solicita el tamizaje de sífilis (control de la gestación, contacto reactivo, demanda espontánea o intervención quirúrgica).



- **USO DE PRESERVATIVOS:** Si la pareja de la gestante usa preservativos en todas las relaciones sexuales, algunas veces o nunca.
- **CONSUMO DE ALCOHOL, DROGA, TABACO U OTROS ALUCINÓGENOS:** Si la paciente consumió o consume algún tipo de alucinógeno.

## **2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **2.6.1 MÉTODO Y TÉCNICA**

La recolección de datos se obtuvo directamente de las historias clínicas y las fichas PRE TEST, formato que se utiliza en el servicio de PROCETSS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida) y posteriormente los datos fueron registrados en el instrumento de la investigación.

### **2.6.2 INSTRUMENTOS**

El instrumento es un formato que fue elaborado para la recolección de datos, cuyas variables fueron consideradas según los objetivos de la investigación (datos sociodemográficos y obstétricos - conductuales); lo que facilitó el registro de la información obtenida a partir de las historias clínicas y ficha PRETEST de las gestantes con sífilis.

## **2.7 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los datos obtenidos a partir de la Historia clínica y la ficha PRETEST de cada gestante con diagnóstico confirmado de sífilis fueron registrados en el

instrumento elaborado para este fin (Anexo N° 1). En un primer momento se realizó un análisis descriptivo de todas las variables involucradas.

La información obtenida fue trasladada y procesada en el paquete estadístico Statistical Packeged Social Science (SPSS) versión 21 para Windows 2010. Los datos fueron tabulados y analizados en esta base de datos, mediante tablas de distribución de frecuencia absolutas de cada una de las variables, las cuales fueron representadas en diagramas de barras.

Se efectuó, series de análisis univariado para determinar los factores de riesgo (factores sociodemográficos y obstétricos – conductuales) frecuentes en las gestantes con sífilis. Además se determinó los porcentajes, medidas de tendencia central y la desviación estándar para las variables numéricas.

## **2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente estudio se realizó en el Hospital de San Juan de Lurigancho por lo que se solicitó la anuencia correspondiente al Director de la institución para ingresar y tener acceso a las historias clínicas del servicio de estadística del establecimiento. Además, se solicitó también el permiso al personal de obstetricia a cargo del servicio de PROCETSS (Programa de Control de enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA) para tener acceso al libro de registro de atención y seguimiento de gestantes con sífilis, además de las ficha PRETEST.

La información obtenida tanto de las historias clínicas como de la ficha PRETEST de las gestantes con sífilis se registraron directamente en el instrumento elaborado para este fin. En ningún momento se tuvo contacto

directo con la paciente, razón por la cual no fue necesario realizar un consentimiento informado a las usuarias.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

#### PREVALENCIA DE SÍFILIS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERIODO 2013

CUADRO N° 01: PREVALENCIA DE SÍFILIS EN GESTANTES

$$\text{PREVALENCIA} = \frac{\text{NÚMERO TOTAL DE CASOS CONFIRMADOS DE SÍFILIS}}{\text{POBLACIÓN TOTAL ATENDIDA}} \times 100$$

$$\text{PREVALENCIA} = 62 / 8000 \times 100 = 0.77\%$$

Se obtuvo una prevalencia de sífilis en gestantes de 0.77 por cada 100 gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo 2013.

#### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES CON SÍFILIS

TABLA N° 01: EDAD DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL  
HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERIODO 2013.

| Intervalo de edad      | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------------|------------|--------------|
| De 15 a 19 años        | 13         | 21.0%        |
| <b>De 20 a 35 años</b> | <b>40</b>  | <b>64.5%</b> |
| De 36 a 43 años        | 9          | 14.5%        |
| Total                  | 62         | 100%         |

Según los datos obtenidos en cuanto a la edad, se evidencia que de las 62 pacientes con diagnóstico de sífilis, un 64.5% de ellas tuvo de 20 a 35 años de edad, un 21.0% entre 15 a 19 años y un 14.5% entre 36 a 43 años de edad (clasificación de intervalo que se hizo según criterio de la OMS: adolescente, 10 a 19 años; mujeres adultas, 20 a 35 años; de avanzada edad, de 36 años a más). Además la edad mínima encontrada fue 15 años y la máxima 43 años de edad, además se obtuvo como edad promedio 26 años  $\pm$  7.3.

**TABLA N° 02: LUGAR O PROCEDENCIA DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| <b>Lugar o procedencia</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Huáscar</b>             | <b>22</b>         | <b>35.5%</b>      |
| José Carlos Mariátegui     | 5                 | 8.1%              |
| 10 de Octubre              | 4                 | 6.4%              |
| Juan Pablo II              | 3                 | 4.8%              |
| Santa Rosa                 | 3                 | 4.8%              |
| Las Flores                 | 3                 | 4.8%              |
| Cruz de Motupe             | 2                 | 3.2%              |
| San Fernando               | 2                 | 3.2%              |
| San Miguel                 | 2                 | 3.2%              |
| Canto Grande               | 2                 | 3.2%              |
| Simón Bolívar              | 2                 | 3.2%              |
| El Arenal                  | 1                 | 1.6%              |
| Los Álamos                 | 1                 | 1.6%              |
| Los Granados               | 1                 | 1.6%              |
| La Huayrona                | 1                 | 1.6%              |
| Los Pinos                  | 1                 | 1.6%              |
| Los Sauces                 | 1                 | 1.6%              |
| Las Vegas                  | 1                 | 1.6%              |
| Mariscal Cáceres           | 1                 | 1.6%              |
| Mariscal Luzuriaga         | 1                 | 1.6%              |
| Nuevo Perú                 | 1                 | 1.6%              |
| Santa Fé                   | 1                 | 1.6%              |
| San Fernando               | 1                 | 1.6%              |
| <b>Total</b>               | <b>62</b>         | <b>100%</b>       |

En el cuadro anterior se aprecia que en cuanto a la tabla del lugar de procedencia de la paciente, el asentamiento humano que encabeza la lista es Huáscar con un 35.5%, seguido de un 8.1% que pertenecen a la localidad de José Carlos Mariátegui, un 6.4% de pacientes que proceden del AA.HH 10 de Octubre y con porcentajes no tan significativos para el objetivo del estudio procedentes de las siguientes localidades: Las Flores, Santa Rosa, San Miguel, San Fernando, Canto Grande, Cruz de Motupe, Simón Bolívar, Juan Pablo II, Los Álamos, Nuevo Perú, Los Granados, entre otros.

**TABLA N° 03: ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Estado civil       | Frecuencia | Porcentaje   |
|--------------------|------------|--------------|
| Soltera            | 12         | 19.4%        |
| <b>Conviviente</b> | <b>46</b>  | <b>74.2%</b> |
| Casada             | 3          | 4.8%         |
| Divorciado         | 1          | 1.6%         |
| <b>Total</b>       | <b>62</b>  | <b>100%</b>  |

En el cuadro anterior se observa que en cuanto al estado civil de las pacientes un 74.2% son convivientes, un 19.4% son solteras, 4.8% casadas y solo un 1.6% son divorciadas.

**TABLA N° 04: NIVEL DE ESTUDIOS DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Nivel de estudios          | Frecuencia | Porcentaje   |
|----------------------------|------------|--------------|
| Sin estudios               | 1          | 1.6%         |
| Primaria incompleta        | 1          | 1.6%         |
| Primaria completa          | 8          | 12.9%        |
| Secundaria incompleta      | 18         | 29%          |
| <b>Secundaria completa</b> | <b>30</b>  | <b>48.4%</b> |
| Superior técnica           | 3          | 4.8%         |
| Superior universitario     | 1          | 1.6%         |
| Total                      | <b>62</b>  | <b>100%</b>  |

En la tabla sobre el nivel de estudios, se observa que un 48.4% del total culminó el 5to de secundaria, un 29% tiene secundaria incompleta y 12.9% con primaria completa.

**TABLA N° 05: OCUPACIÓN DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Ocupación          | Frecuencia | Porcentajes  |
|--------------------|------------|--------------|
| <b>Ama de casa</b> | <b>58</b>  | <b>93.5%</b> |
| Empleada de hogar  | 2          | 3.2%         |
| Cobrador de combi  | 2          | 3.2%         |
| <b>Total</b>       | <b>62</b>  | <b>100%</b>  |

En esta grafica se observa que un 93.5% del total tiene como ocupación ser ama de casa, un 3.2% laboran como empleadas de hogar y el mismo porcentaje de quienes laboran como cobradoras de combi.

## FACTORES OBSTÉTRICOS – CONDUCTUALES

**TABLA N° 06: NÚMERO DE EMBARAZOS DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Nº de embarazos       | Frecuencia | Porcentaje   |
|-----------------------|------------|--------------|
| Un embarazo           | 15         | 24.2%        |
| Dos embarazos         | 12         | 19.4%        |
| <b>Tres embarazos</b> | <b>20</b>  | <b>32.3%</b> |
| Cuatro embarazos      | 6          | 9.7%         |
| Cinco embarazos       | 7          | 11.3%        |
| Seis embarazos        | 2          | 3.2%         |
| Total                 | 62         | 100%         |

En cuanto al número de embarazos totales (incluido el actual) que tuvo la paciente se obtuvo como resultado lo siguiente: el 32.3% tuvieron 3 embarazos, el 24.2% solo tuvo 1 gestación y el 19.4% tuvo 2 gestaciones. Además en la tabla N° 6 podemos observar que las pacientes tuvieron una gestación como mínimo y 6 gestaciones como máximo. Se obtuvo también como media 2.7 gestaciones  $\pm 1.4$ .

**TABLA N° 07: ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL (CPN) DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Asistencia al CPN | Frecuencia | Porcentaje   |
|-------------------|------------|--------------|
| <b>Si</b>         | <b>39</b>  | <b>62.9%</b> |
| No                | 23         | 37.1%        |
| Total             | 62         | 100%         |



Según los resultados obtenidos para la asistencia al control prenatal, se observa que un 62.9% (39 pacientes) asistió al menos 1 vez a su consulta prenatal y un 37.1% (23 pacientes) no lo hizo.

**TABLA N° 08: NÚMERO TOTAL DE CONTROLES PRENATALES DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| N° de Control Prenatal | Frecuencia | Porcentaje   |
|------------------------|------------|--------------|
| <b>Entre 1 y 5</b>     | <b>24</b>  | <b>61.5%</b> |
| Entre 6 y 9            | 12         | 30.8%        |
| Más de 9               | 3          | 7.7%         |
| Total                  | 39         | 100%         |

En esta tabla, se observa que un 61.5% tuvo entre 1 a 5 controles prenatales, un 30.8% entre 6 a 9 CPN y por ultimo un 7.7% del total tuvo más de 9 controles durante su embarazo.

**TABLA N° 09: PERIODO GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Periodo gestacional | Frecuencia | Porcentaje   |
|---------------------|------------|--------------|
| I trimestre         | 8          | 20.5%        |
| <b>II trimestre</b> | <b>19</b>  | <b>48.7%</b> |
| III trimestre       | 12         | 30.8%        |
| Total               | 39         | 100%         |

Se observa que el 48.7% del total de gestantes tuvo su primer CPN en el II trimestre (14 a 26 semanas), un 30.8% en el III trimestre (27 a 40 semanas)

y solo un 20.5% tuvo su primer CPN en el primer trimestre (1 a 13 semanas) de embarazo.

**TABLA N° 10: EDAD GESTACIONAL EN QUE SE DIAGNOSTICA LA SIFILIS DE LA GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| <b>Edad gestacional</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>9 semanas</b>        | <b>2</b>          | <b>3.2%</b>       |
| 10 semanas              | 1                 | 1.6%              |
| 12 semanas              | 2                 | 3.2%              |
| 15 semanas              | 1                 | 1.6%              |
| 21 semanas              | 4                 | 6.4%              |
| 32 semanas              | 2                 | 3.2%              |
| 35 semanas              | 1                 | 1.6%              |
| 36 semanas              | 3                 | 4.8%              |
| 37 semanas              | 4                 | 6.4%              |
| 38 semanas              | 9                 | 14.5%             |
| 39 semanas              | 15                | 24.1%             |
| <b>40 semanas</b>       | <b>16</b>         | <b>25.8%</b>      |
| 41 semanas              | 2                 | 3.2%              |
| <b>Total</b>            | <b>62</b>         | <b>100%</b>       |

En cuanto a la edad gestacional en la que se diagnostica la sífilis, se obtuvo que un 25.8% fueron diagnosticadas sifilíticas a las 40 semanas y un 24.1% a las 39 semanas; además la edad gestacional mínima fue 9 semanas y la edad gestacional máxima es 41 semanas. Según el análisis estadístico, la edad gestacional de diagnóstico de sífilis media fue de 34.56 semanas  $\pm$  9.35.

**TABLA N° 11: ETAPA DEL EMBARAZO DONDE SE DIAGNOSTICO LA SIFILIS DE LA GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Etapa de diagnostico                  | Frecuencia | Porcentaje   |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Durante el embarazo                   | <b>19</b>  | <b>30.6%</b> |
| <b>Durante el puerperio inmediato</b> | <b>42</b>  | <b>67.7%</b> |
| Durante el post aborto                | <b>1</b>   | <b>1.6%</b>  |
| Total                                 | <b>62</b>  | <b>100%</b>  |

En cuanto a la etapa (embarazo, puerperio inmediato o post aborto) donde se diagnostica la sífilis se obtuvo que un 67.7% del total; es decir, 42 pacientes, fueron diagnosticadas en el puerperio, el 30.6% equivalente a 19 pacientes, durante el embarazo y el 1.6% (una paciente) diagnosticada en el postaborto.

**TABLA N° 12: EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

|                                    | <b>N</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> | <b>Media</b> | <b>Desv. Tip.</b> |
|------------------------------------|----------|---------------|---------------|--------------|-------------------|
| Edad de la primera relación sexual | 62       | 14            | 22            | 17.32        | 2.014             |

En cuanto a la edad de inicio de relación sexual (IRS) se obtuvo como edad mínima 14 años y la edad máxima 22 años. Además se obtuvo como edad de IRS media de 17.32 años  $\pm$  2.01.

**TABLA N° 13: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (ANDRÍA) DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| N° de parejas sexuales           | Frecuencia | Porcentaje   |
|----------------------------------|------------|--------------|
| 01 pareja (incluida a la actual) | 9          | 14.5%        |
| <b>De 2 a 3 parejas</b>          | <b>43</b>  | <b>69.4%</b> |
| De 4 a más parejas               | 10         | 16.1%        |
| Total                            | 62         | 100%         |

En la tabla sobre el número de parejas sexuales (incluido el actual) que tuvo la paciente, se evidencia que el 69.4% tuvo entre 2 a 3 parejas sexuales, el 16.1% tuvo más de 4 parejas sexuales y el 14.52% solo tuvo una pareja sexual.

**TABLA N° 14: ANTECEDENTES DE OTRA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Antecedente de otra ITS | Frecuencia | Porcentaje   |
|-------------------------|------------|--------------|
| Si                      | 19         | 30.6%        |
| <b>No</b>               | <b>43</b>  | <b>69.4%</b> |
| Total                   | 62         | 100%         |

En cuanto al antecedente de otra infección de transmisión sexual en la paciente, se obtuvo que un 69.4% del total, equivalente a 43 pacientes, no tuvo ningún tipo de infección y las 30.6% restantes (19 pacientes) si tuvo

como antecedente otra ITS (1 paciente con VIH, 3 pacientes con verruga genital y 15 de ellas presentaron síndrome de flujo vaginal).

**TABLA Nº 15: MOTIVO DEL TAMIZAJE PARA SÍFILIS DE LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Motivos de tamizaje             | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Control de gestación            | 61         | 98.4%      |
| Contacto con paciente de riesgo | 1          | 1.6%       |
| Total                           | 62         | 100%       |

En esta tabla se observa que el motivo para el tamizaje de sífilis de mayor frecuencia fue el control de gestación cuyo porcentaje total fue de 98.4% y solo un 1.6% fue motivada por contacto con paciente reactivo para sífilis.

**TABLA Nº 16: USO DE PRESERVATIVOS POR LA GESTANTE DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL PERÍODO 2013.**

| Uso de preservativos | Frecuencia | Porcentajes |
|----------------------|------------|-------------|
| No, nunca            | 46         | 74.2%       |
| A veces              | 16         | 25.8%       |
| Total                | 62         | 100%        |

En cuanto al uso de preservativos durante las relaciones sexuales por parte de la pareja de la paciente con diagnóstico de sífilis, se obtuvo que un 74.2%, equivalente a 46 pacientes, nunca usó este método de barrera y un 25.8%, equivalente a 16 pacientes, lo usan algunas veces.

**TABLA Nº 17: CONSUMO DE ALUCINÓGENOS POR LA GESTANTE  
DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN  
EL PERÍODO 2013.**

| Consumo de alucinógenos | Frecuencia | Porcentajes  |
|-------------------------|------------|--------------|
| <b>Si</b>               | 20         | 32.3%        |
| <b>No</b>               | <b>42</b>  | <b>67.7%</b> |
| <b>Total</b>            | 62         | 100%         |

En el cuadro anterior en cuanto al consumo de alucinógenos o estupefacientes por parte de la paciente, se obtuvo que un 67.7% del total equivalente a 42 pacientes con diagnóstico de sífilis no consume ningún alucinógeno y el 32.3% restante, correspondiente a 20 pacientes, si lo hacen.

**TABLA Nº 18: TIPO DE ALUCINÓGENOS QUE CONSUME LA GESTANTE  
DIAGNOSTICADA CON SÍFILIS EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO EN  
EL PERÍODO 2013.**

| Tipo de alucinógeno consumido | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| <b>Alcohol</b>                | <b>14</b>  | <b>70%</b> |
| Drogas                        | 1          | 5%         |
| Tabaco                        | 5          | 25%        |
| Otros                         | 0          | 0%         |
| <b>Total</b>                  | 20         | 100%       |

En el cuadro anterior vemos que de las 20 pacientes con diagnóstico de sífilis que consumieron alucinógenos, un 70% fue consumo de alcohol, un 5% consumo de drogas y un 25% consumió tabaco.

#### **CAPITULO IV: DISCUSIONES**

En el presente estudio, la prevalencia de sífilis en gestantes, en el Hospital de San Juan de Lurigancho para el año 2013 tuvo un valor de 0.77%. Esta cifra representa el pico más alto registrado en los últimos cinco años (siendo 0.07 en el 2008, 0.1 en el 2009, 0.2 en el 2010, 0.3 en el 2011 y 0.6 en el 2012 por cada 100 gestantes atendidas, según estadísticas del HSJL). Este aumento alarmante podría deberse a las condiciones propias de esta comunidad como la superpoblación (actualmente el distrito de San Juan de Lurigancho es el más grande y poblado de todo el departamento de Lima con un millón 26 mil habitantes según INEI 2011) que repercute en cuadros de hacinamiento; bajo nivel socioeconómico y de educación; alta natalidad; limitado acceso a la salud, por lo que la inasistencia a las consultas prenatales es frecuente y esto dificulta el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la sífilis en gestantes. Así lo demuestra el estudio realizado por Claudia Lucena Galeano – Cardona, MD; William Darío García – Gutiérrez, MD; Lina María Congote – Arang, MD; María Adelaida Vélez – Garcia, MD; Diana Milena Martínez – Buitrago, MD <sup>(18)</sup> en el año 2010 (Colombia), donde se obtuvo una prevalencia de sífilis gestacional de 1.4%; además según este estudio, más de la tercera parte de las gestantes con serología positiva fueron tratadas inadecuadamente, lo que explicaría la prevalencia obtenida que es mayor a la esperada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En contraste, otro estudio realizado por María Hernández – Trejo <sup>(15)</sup> en el año 2006 (México), determinó una prevalencia de sífilis gestacional de 0.3%, la cual es relativamente baja según la OPS, debido a que según el

estudio el diagnóstico precoz de la sífilis gestacional mediante pruebas treponémicas rápidas fue óptima y permitió el tratamiento oportuno de las gestantes con diagnóstico de sífilis.

En cuanto a los factores sociodemográficos se obtuvo principalmente que el 64.5% de las pacientes con sífilis tenía entre 20 a 35 años, esto se debe a que la mayoría de las gestaciones se da en este intervalo de edad, además se obtuvo como edad promedio 26 años  $\pm$  7.3; el 35.5% proceden del asentamiento humano denominado Huáscar (considerada zona roja para sífilis, pertenece al distrito de San Juan de Lurigancho) un 74.1% son convivientes y el 93.5% son amas de casa, condiciones que reflejan la limitación económica de las gestantes; ya que, la mayoría de ellas dependen económicamente de sus parejas, un 48.4% del total culminaron el quinto de secundaria. Estos resultados, reflejan la situación de pobreza, falta de oportunidades laborales por el bajo nivel de estudios (cerca de la mitad de las gestantes no culminó la secundaria), desempleo e inestabilidad económica, condiciones que podrían llevar a la búsqueda y mejora del ingreso económico muchas veces a través de la prostitución, expendio de drogas y vandalismo, característica del contexto de la comuna donde habitan, factores que además nutren la epidemia de la sífilis. En este estudio, las gestantes que culminaron el 5to de secundaria representan el 48.4% y cerca de la mitad no lo hizo. Es importante señalar que conforme el nivel de estudios aumenta, el nivel de conocimientos de las gestantes mejora y viceversa; esto se corrobora con la investigación de Adriana, Morales Sánchez <sup>(13)</sup> realizado en el año 2010 (Costa Rica) la cual concluyó que



existe relación altamente significativa entre el nivel de estudios, nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y la actitud hacia la práctica sexual riesgosa sobre todo en adolescentes; es decir, a menos conocimientos, mayor la actitud desfavorable hacia la práctica sexual riesgosa. Además coincide con otra investigación de Nayrah Villazón - Vargas, Carlos J Conde - Glez, Luis Juárez - Figueroa, Felipe Uribe – Salas <sup>0</sup> realizado en el año 2009 en Bolivia, donde se concluye que las mujeres con menor nivel socioeconómico (evaluado por el índice construido) tendrían menor acceso a la educación formal y al mismo tiempo menos recursos económicos para solventar sus necesidades en salud. Ello haría a estas mujeres más susceptibles a la infección por sífilis que a las mujeres con mayor nivel socioeconómico, dato que también se corrobora en esta investigación donde la condición de pobreza está altamente relacionada con el bajo nivel de estudios.

Según los factores obstétricos - conductuales se hace mención a los resultados más representativos: En cuanto a la asistencia al control prenatal un 62.9% acudieron al menos 1 vez y de este grupo de pacientes un 61.5% recibieron entre 1 a 5 consultas prenatales (considerando que según la norma técnica del MINSA de Salud Sexual y Reproductiva, una gestante controlada es aquella que recibió de 6 a mas CPN; por lo tanto, estas pacientes serán catalogadas como “gestantes no controladas”), un 48.7% acudió a su primera atención prenatal en el II trimestre de gestación, además la edad gestacional media donde se diagnostica la sífilis es 34.56 semanas  $\pm$  9.35 (con este dato, podemos notar que el diagnostico de sífilis en la

mayoría de casos fue el III trimestre), en cuánto a la etapa de embarazo donde se da el diagnóstico de sífilis el 67.7% fue en el puerperio inmediato. La inasistencia y la irregularidad de las atenciones prenatales son sucesos que dificultan el diagnóstico precoz y manejo oportuno de una posible infección de sífilis; por ende, supone un importante factor de riesgo materno y perinatal, pues es el único medio que permite detectar e intervenir oportunamente alteraciones durante la gestación que en mucho de los casos no son percibidas por las madres. En el presente estudio más de la mitad de las gestantes fueron diagnosticadas sifilíticas en el puerperio inmediato; condición que imposibilita el diagnóstico y tratamiento adecuado. Según la edad de la primera relación sexual se obtuvo como edad media 17.3 años  $\pm$  2 (el inicio precoz de relaciones sexuales en este estudio tuvo una media de 15 a 19 años; es decir, dentro de la adolescencia, condición que pone en riesgo a la paciente debido a su poco conocimiento sobre su salud sexual y reproductiva), el 30.6% tuvo como antecedente otra ITS, un 32.3% confirmó consumir alucinógenos, siendo el alcohol y el tabaco los más consumidos (estas condiciones constituyen factores de riesgo para sífilis; ya que, son causantes de depresión del sistema inmunológico y cursan con lesiones de la mucosa vaginal lo cual facilita la entrada y adherencia de otros microorganismos infecciosos). Además las parejas del 74.2% de gestantes nunca usó preservativos, quizá porque las mujeres consideran que no están expuestas a ITS si conviven con una pareja estable y se abstienen de usar métodos de barrera para su protección.

Algunas variables de esta investigación como la asistencia al control prenatal y el uso de preservativos por la gestante coinciden relativamente con otra investigación de Luz Marina García G. <sup>(12)</sup>, en el año 2011 (Colombia) en cuanto al uso de preservativos, el 88.2% refirió nunca haberlos usado; además en cuanto a la asistencia del control prenatal coincide en que la inasistencia o irregularidad del control prenatal interfieren en el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de las gestantes, se observa que ambos grupos de estudio no tienen conciencia de la magnitud del problema del que son protagonistas. En cuanto a la variable periodo gestacional del primer control prenatal; que indica el grado de compromiso que tiene la paciente con su embarazo, coincide relativamente con lo obtenido en el estudio de Malvina Páez y María Isabel R. Riveros <sup>(14)</sup> en el año 2000 – 2004 (Paraguay) en donde se obtuvo que el 75% (la mayoría) de ellas acudió a su primer control prenatal en el II trimestre de embarazo.

Para la variable asistencia del control prenatal, los resultados de esta investigación coinciden con otro estudio realizado por los Dres. María Hortal, Inés Iraola, Caroline Agorio, Bremen De Mucio y Ricardo Fescina <sup>(19)</sup>. Realizado en el año 2008 (Uruguay) donde obtuvieron que un 33.8% de gestantes no asistió al control prenatal. Conducta que refleja el desinterés y desconocimiento de la gestante sobre la importancia de los controles prenatales.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES**

Una vez hecho el análisis de los resultados de esta investigación y de los diferentes estudios afines realizados en diversos países, es posible concluir lo siguiente:

1. La prevalencia de sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013 fue 0,77 por cada 100 gestantes atendidas en dicho nosocomio.
2. Los factores de riesgo sociodemográficos de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, en el año 2013 fueron: La procedencia (el 35.5% de las gestantes con sífilis proceden del AA.HH Huáscar, una de las localidades más pobres del distrito de San Juan de Lurigancho, considerado además zona roja para sífilis); además el estado civil y la ocupación de las gestantes, el 74.2% son convivientes y el 93.5% son amas de casa; en cuanto al nivel de estudios cerca de la mitad de las gestantes no culminó la secundaria.
3. Los factores de riesgo obstétricos – conductuales de las gestantes con sífilis atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013 fueron: En cuanto a la asistencia al CPN un 37.1% no lo hizo y un 62.9% asistió al menos una vez a su CPN; sin embargo, de este grupo el 61.5% solo tuvo de 1 a 5 consultas prenatales y el 48.7% tuvo su primer CPN en el II trimestre de gestación; el diagnóstico de sífilis en el 67.7% de los casos fue en el puerperio

inmediato. En cuanto al IRS el 80.7% se dió en la adolescencia; además el uso de preservativo por parte de la mayoría de las gestantes no se da o en su defecto, es inusual (un 74.2% nunca uso preservativos). Por otro lado, el consumo de estupefacientes expone a las madres a otras conductas de riesgo (el 32.3% de ellas consumió algún alucinógeno: alcohol, droga, tabaco antes o durante la gestación). Por último, en cuanto al antecedente de ITS el 30.6% tuvo otro tipo de infección como diagnóstico: 1 con VIH, 3 con verruga genital y 15 con síndrome de flujo vaginal.

## **CAPITULO VI: RECOMENDACIONES**

1. Dar énfasis al marco teórico de salud sexual y reproductiva sobre las infecciones de transmisión sexual y los protocolos de manejo que permiten enriquecer y/o fortalecer los conocimientos y prácticas de los profesionales de salud a cargo de los servicios de PROCETSS (Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual – SIDA) con el objetivo de disminuir la prevalencia de sífilis en gestantes.
2. Ofrecer educación continuada al personal de salud sobre el manejo de protocolos de vigilancia epidemiológica, dando énfasis en la atención de sífilis gestacional y congénita según el Modelo de atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAISBFC).
3. Retomar con mayor énfasis el aspecto de las visitas domiciliarias, primordialmente en aquellas gestantes que aun presentando factores de riesgo maternos, desisten de los controles. Así mismo se debe establecer como política interna la aplicación del tratamiento a la madre y a su contacto en el sitio donde se lleva a cabo el control prenatal para asegurar el cumplimiento del mismo (Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención).

## CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CASAS-P, Rodolfo L; RODRIGUEZ, Magda; RIVAS, Jorge; “Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente?” Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 Nro. 1, 2009, p. 49-56.
2. VALDERRAMA J, Zacarías F, MAZIN R. “Sífilis materna y congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla”. Revista Panamericana de Salud Pública. 2004; p. 211-217.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington, D.C., febrero de 2004. [Revista en Internet] febrero, 2004 [acceso 8 de noviembre 2013]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis\\_cong\\_hi.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf)
4. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, “Introducción de pruebas rápidas para diagnóstico de sífilis en gestantes”, [Revista en Internet] febrero 2011[acceso 19 de diciembre de 2013]. Disponible en:  
[http://www.unicef.org/peru/spanish/prueba\\_de\\_sifilis.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/prueba_de_sifilis.pdf)
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción “.2008.

6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- Unidad de VIH/SIDA, “Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación”, Washington, D.C; [Revista en Internet] 2008 [acceso 23 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/EliminaSifilisLAC.pdf>
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Recomendaciones técnicas para la elaboración de protocolos para estudios de prevalencia de sífilis y VIH en parturientas y/o puérperas”, Montevideo- Uruguay, 2011. [Revista en Internet] 2011[acceso 8 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5294&Itemid=3824.pdf](http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5294&Itemid=3824.pdf)
8. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, Arachu Castro y Utpal Sandesara, ONUSIDA, OMS, UNICEF; “Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú”, 1ra. Edición, editorial Socios en salud Sucursal Perú, Lima- Perú, 2009.
9. BARTLETT EC, ZAVALA C, FERNÁNDEZ C, RAZURI H, VILCARROMERO S, VERMUND SH, GOTUZZO E; “La expansión del VIH y la sífilis en la Amazonía peruana: un estudio de cuatro comunidades de un grupo étnico indígena amazónica”, Instituto de Salud Global, Vanderbilt University School of Medicine, 2215 Garland



Ave.(319luz del pasillo), Nashville, TN37212, EE.UU, [Revista en Internet] nov. 2008 [acceso 30 de diciembre de 2013]; 137(4). 2008 Nov, p. 89-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760648>

10. GUTIÉRREZ Cecilia, "Prevalencia de la enfermedad de Sífilis en mujeres embarazadas en el Hospital de Quillacollo en el segundo semestre de la gestión 2001", Unidad de análisis clínicos, Departamento de Bioquímica y Tecnología Farmacéutica, Universidad del Valle, [Revista en Internet] nov. 2001 [acceso 30 de diciembre de 2013] p. 1-12. Disponible en: <http://www.univalle.edu/publicaciones/journal/journal7/pag9.htm>

11. Rodolfo L. Casas Rodolfo L., Casas-P., M.D., Magda Rodríguez, M.D., Jorge Rivas, M.D. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Revista en Internet] 2009 [acceso 20 de enero de 2014]; 60(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342009000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342009000100007&script=sci_arttext)

12. Luz Marina García G., Ruber Andrés Almanza G., Clarybel Miranda M., Jessika Margarita Gaviria B., Johana Marcela Julio G, Milena Edith Patemina G., Lilian Judith Suarez R. Factores de riesgos asociados a la sífilis congénita en tres instituciones de salud en Sincelejo (Colombia).

Revista Cultural del Cuidado Enfermería [revista en Internet] 2011, 1 de junio [acceso 15 de octubre de 2013]; 8. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3785254.pdf>

13. Adriana, Morales Sánchez. Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. Revista Enfermería Actual en Costa Rica. [Revista en Internet] 2009, octubre de 2009 – marzo 2010 [acceso 16 de octubre de 2013]; 8. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/enf002-05.php>

14. Malvina Páez y María Isabel R. Riveros. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público a nivel nacional, Paraguay, 2000 – 2004. DST – J bras Doencas Sex Transm. [Revista en Internet] 2006 abril - marzo [acceso 20 de octubre de 2013]; 58 (2). Disponible en: [http://www.iics.una.py/?option=com\\_content&view=article&id=105&Itemid=1](http://www.iics.una.py/?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=1)

15. María Hernández – Trejo, Bernardo Hernández–Prado, Felipe Uribe–Salas, Luis Juárez–Figueroa, Carlos J. Conde–González. Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos: evaluación de una prueba diagnóstica rápida. Revista de Investigación Clínica. [Revista en Internet] 2006 marzo - abril [acceso 20 de octubre de 2013]; 58 (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>

16. Daniel e. Noyola, Daniel e Noyola, mc; Octavio Malacara-Alfaro, Mc; Victoria Lima - Rogel, Mc; Abraham Torres-Montes, Mc. Seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en San Luis Potosí. Salud Pública de México.[Revista en Internet] 2006 abril - marzo [acceso 20 de octubre de 2013]; 48 (2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23095.pdf>
17. Rodríguez - Riveros M., Insaurralde Alviso, Páez M. Mendoza L, Castro A., Giménez G. Conocimientos, actitudes y practicas sobre sífilis materna: adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay 2008. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [Revista en Internet] 2012 junio [acceso 25 de octubre de 2013]; 10 (1). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/scielo.php>
18. Claudia Lucena Galeano – Cardona, MD; William Darío García – Guitierrez, MD; Lina María Congote – Arang, MD; Maria Adelaida Velez – Garcia, MD; Diana Milena Martinez – Buitrago, MD. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. [Revista en Internet] 2010 octubre - diciembre [acceso 30 de octubre de 2013]; 63(4). Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol63No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2012/v63n4a03.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol63No4_Octubre_Diciembre_2012/v63n4a03.pdf)

19. Dres. María Hortal\*, Inés Iraola\*, Caroline Agorio†, Bremen De Mucio‡, Ricardo Fescina. ‡“Sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual. Revista Médica de Uruguay. [Revista en Internet] 2008 [acceso 5 de diciembre de 2013]; 24(2). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952008000200010&script=sciarttext>
20. Nancy Forero Laguado, Maria Juliana Peña Garcia. Enfoque global de sífilis congénita. Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander. [Revista en Internet] 2011 agosto [acceso 28 de octubre de 2013]; 24(2). Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2684>
21. Almonte D, Alfonso M, Corpeño T, De Mucio B, Estrada H, Falistocco C, et al. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. González R, Jacob S, Fescina R, Hirnaschall G, editores. Washington, D.C.; 2009. p. 100.
22. Fescina RH, Butrón B, De Mucio, B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Camacho V, et al. Sistema informático perinatal. Historia clínica perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo, CLAP/SMR: 2008.
23. César Cárcamo C, Dora Blitchtein-Winicki, Ada Valverde R, José Best R, Luis Suárez-Ognio, Jorge Campos G, Miguel Ecurra M, Rosa Galván

H, René Leiva R, Soledad Romero R, Julio Bazán P, Hugo Marique Ch:  
“Estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH y  
comportamientos asociados en población privada de libertad, Perú 1999.  
Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. [Revista en  
Internet] 2003 [acceso 8 de diciembre de 2013]; 20(1). Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726463420](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634200300010000320)  
0300010000320. Pediatrics in Review. Syphilis. Toni Darville, MD. Mayo  
de 1999. Vol. 20 nro. 5.

24. Gabriela B Gomez, Mary L Kamb, Lori M Newman, Jennifer Mark,  
Nathalie Broutet & Sarah J Hawkes. La sífilis materna no tratada y los  
resultados adversos en el embarazo: revisión sistemática y metanálisis.  
Boletín de la Organización Mundial de Salud. [Revista en Internet] 2013  
[acceso 8 de enero de 2014]; 91(3). Disponible en:  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-ab/es/>

25. Nayrah Villazón - Vargas, Carlos J Conde - Glez, Luis Juárez - Figueroa,  
Felipe Uribe – Salas. Prevalencia de sífilis materna y evaluación de una  
prueba diagnóstica rápida en Cochabamba, Bolivia. Revista de Chile.  
[Revista en Internet] 2009 [acceso 8 de enero de 2014]; 137(4).  
Disponible en: [http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-](http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-ab/es/)  
[ab/es/](http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-ab/es/)

26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía clínica para la  
eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis  
congénita en América Latina y el Caribe. 2010.

27. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión sexual", editorial OMS, Ginebra-Suiza, 2005.
28. VILATACORELL, J "Manual de dermatología y venereología, Atlas y texto", editorial Medica Panamericana, Madrid-España, 2007.
29. MINISTERIO DE SALUD. "Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva", editorial Ñañez; Lima-Perú, 2004.
30. INMP. Guía de práctica clínica de procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Adenda: Guía de práctica clínica: Atención de la gestante con sífilis. 2010.
31. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. Guías de Práctica Clínica y de Procedimiento en Obstetricia y Perinatología, editorial INMP, Lima-Perú, 2010.
32. CUNNINGHAM, Garu; LEVENO, Kenneth; BLOOM, Steven. "Obstetricia de Williams", ed MC Graw Hill Interamericana, Mexico. 2006.
33. SCHWARCZ Ricardo, FESCINA, Ricardo, DUVERGES, Carlos. "Obstetricia", ed. El Ateneo, 6º ed., Buenos Aires- Argentina, 2009.

34. CIFUENTES Rodrigo. "Obstetricia de alto riesgo". 6° ed., Colombia, 2007.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom112d.pdf>

35. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA." Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención", Uruguay, 2009.

## CAPITULO VIII:

### ANEXOS N° 1

#### FICHA PRE-TEST SIFILIS

#### (INSTRUMENTO PARA RECOJO DE DATOS)

##### I. DATOS GENERALES

1. Edad [ ] [ ] años
2. Procedencia.....

Otras actividades [ 3 ]

Estado civil:

- Soltera [ 0 ]
- Conviviente [ 1 ]
- Casada [ 2 ]
- Otro (divorciada, viuda)
- [ 3 ]

Grado de instrucción:

- Sin estudios [ 0 ]
- Primaria incompleta [ 1 ]
- Primaria completa [ 2 ]
- Secundaria incompleta
- [ 3 ]
- Secundaria completa
- [ 4 ]
- Superior Técnica [ 5 ]
- Superior Universitaria
- [ 6 ]

Ocupación:

- Ama de casa [ 0 ]
- Empleada de hogar [ 1 ]
- Trabajo independiente
- [ 2 ]

##### II. DATOS OBSTETRICOS

6. Gestas o N° total de gestaciones (.....)

7. Asistencia al control prenatal

Si [ 0 ]

No [ 1 ]

8. Número total de consultas prenatales recibidas

(si la respuesta del punto nro. 8 fue afirmativa)

Entre 1 y 5 [ 0 ]

Entre 6 y 9 [ 1 ]

Más de 9 [ 2 ]

9. Periodo gestacional del primer control prenatal (trimestre) (si la respuesta del punto nro. 8 fue afirmativa).

1er trimestre [ 0 ]

2do trimestre [ 1 ]

3er trimestre [ 2 ]

10. Etapa gestacional donde se da el diagnostico de sífilis:

Durante el embarazo [ 0 ]

Durante el puerperio (incluido trabajo de parto) [ 1 ]

Durante el aborto o post aborto [ 2 ]



11. Edad gestacional en semanas en la que se diagnostica la sífilis (si la respuesta del punto nro. 10 fue durante el embarazo) (.....)

12. Edad de la primera relación sexual

[ ] [ ] años

13. Andria

Una pareja (incluida actual) [ 0 ]

De 2 a 3 parejas (incluida actual) [ 1 ]

De 4 a más parejas (incluida actual) [ 2 ]

14. Diagnóstico de otra ITS en la madre:

Si [ 0 ] cual?.....

No [ 1 ]

15. Motivo de despistaje

Control de gestación [ 0 ]

Contacto con paciente serorreactivo [ 1 ]

Demanda espontanea [ 2 ]

Pre quirúrgico [ 3 ]

16. Uso de preservativo durante las RS (relaciones sexuales).

Sí, siempre [ 0 ]

No, nunca [ 1 ]

A veces [ 2 ]

17. Consumo de algún alucinógeno:

Si [ 0 ]

No [ 1 ]

18. Tipo de alucinógeno (si el punto nro.18 fue afirmativo)

Alcohol [ 0 ]

Drogas [ 1 ]

Tabaco [ 2 ]

Otros [ 4 ]